

THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH

(Tiếp tục)

QUẬN

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ngày Thông Báo : _____
Tên Hồ Sơ : _____
Số : _____

Trong quý vừa qua, quý vị đã báo cáo các khoản thu nhập sau đây:

Tháng _____

Tháng _____

Tháng _____

Số Trợ Cấp Tiền Mặt Hàng Tháng

Phần A. Thu Nhập Dùng Đề Tính Trợ Cấp

Tổng số thu nhập do hành nghề tự do \$ _____

Các chi phí hành nghề tự do

A. 40% mức chi phí chuẩn - _____

HOẶC

B. Chi phí thực - _____

Thu nhập ròng do hành nghề tự do = _____

Tổng số thu nhập từ nguồn khác ngoài việc làm
do bị khuyết tật/mất khả năng làm việc (của người thuộc
cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) \$ _____

Khoản miễn trừ \$225 - _____

Thu nhập không được miễn trừ từ nguồn khác
ngoài việc làm do bị khuyết tật/ mất khả năng làm việc = _____

HOẶC

Số tiền còn lại trong khoản miễn trừ \$225 = _____

Tổng số thu nhập kiểm được từ việc làm \$ _____

Thu nhập ròng do hành nghề tự do (xem phần trên) + _____

Cộng chung = _____

Số tiền còn lại trong khoản miễn trừ \$225 (xem phần trên) - _____

Cộng chung = _____

Khoản miễn trừ 50% thu nhập kiểm được từ việc làm - _____

Cộng chung = _____

Thu nhập không được miễn trừ từ nguồn khác ngoài việc
làm do bị khuyết tật/mất khả năng làm việc (xem phần trên).. + _____

Các khoản thu nhập khác không được miễn trừ (của những
người thuộc cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) + _____
..... + _____

Tổng Số Thu Nhập Dùng Đề Tính Trợ Cấp = _____

Phần B. Trợ Cấp Tiền Mặt của Quý Vị

1. Mức trợ cấp tối đa _____ người (người thuộc
cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) \$ _____

2. Phụ cấp vì nhu cầu đặc biệt (của những người thuộc
cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) + _____

3. Thu nhập ròng dùng để tính trợ cấp từ Phần A - _____

4. Cộng chung = _____

5. Mức trợ cấp tối đa _____ người (chỉ tính người
thuộc đơn vị nhận trợ cấp) (không tính người
thuộc diện MFG* hay người bị phạt) \$ _____

6. Phụ cấp vì nhu cầu đặc biệt (chỉ tính người thuộc
đơn vị nhận trợ cấp) + _____

7. Cộng chung trợ cấp tối đa = _____

8. **Cộng Chung Trợ Cấp Tối Đa Trọn Tháng**
(lấy số ở dòng 4 hay dòng 7, tùy theo số nào ít hơn) = _____

9. Các khoản điều chỉnh:
Phạt 25% vì trả thiếu tiền cấp dưỡng con - _____
Hoàn lại khoản cấp quá mức - _____
Khoản phạt của Cal-Learn - _____
Khoản thường của Cal-Learn + _____

10. **Số Trợ Cấp Tiền Mặt Hàng Tháng**
(Lấy số từ dòng 8 và cộng trừ các khoản điều chỉnh) = _____

*Maximum Family Grant hay Mức Trợ Cấp Tối Đa cho Gia Đình

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ VỀ BUỔI THU LÝ

Quý vị có quyền xin một buổi thu lý nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ một biện pháp nào của Ty Xã Hội Hạt. Quý vị chỉ có thời hạn là 90 ngày để xin một buổi thu lý. Thời hạn 90 ngày này được khởi tính kể từ sau ngày Ty Xã Hội Hạt trao hay gửi thông báo này cho quý vị.

Nếu quý vị xin một buổi thu lý trước khi biện pháp áp dụng đối với trợ cấp tiền mặt, Medi-Cal, phiếu thực phẩm, hay trợ cấp gửi giữ trẻ có hiệu lực:

- Trợ cấp tiền mặt hay Medi-Cal (trợ cấp y tế của California) của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ trong khi quý vị chờ có buổi thu lý.
- Trợ cấp về các dịch vụ gửi giữ trẻ của quý vị có thể được giữ nguyên như cũ trong khi quý vị chờ có buổi thu lý.
- Trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ cho tới khi có buổi thu lý hoặc cho tới cuối của kỳ hạn trong giấy xác nhận hội đủ điều kiện của quý vị, tính theo điều nào đến trước.

Nếu quyết định của buổi thu lý tuyên bố là chúng tôi đúng, quý vị sẽ thiếu nợ chúng tôi bất kỳ số trợ cấp tiền mặt, trợ cấp phiếu thực phẩm hoặc trợ cấp về các dịch vụ gửi giữ trẻ nào mà quý vị đã nhận lãnh. Nếu muốn để cho chúng tôi cắt giảm hay ngưng trợ cấp của quý vị trước khi có buổi thu lý, xin đánh dấu vào một hay các ô dưới đây:

Vâng, xin giảm hay ngưng:

- Trợ cấp tiền mặt Phiếu thực phẩm Trợ cấp gửi giữ trẻ

Trong khi quý vị chờ có một quyết định của buổi thu lý liên quan đến:

Welfare to Work (Kế hoạch giúp người nhận trợ cấp tiến tới tình trạng có việc làm):

Quý vị không phải tham gia vào các sinh hoạt.

Quý vị có thể nhận các cấp khoản về gửi giữ trẻ vì đã làm và cấp khoản cho các sinh hoạt đã được Ty Xã Hội chấp thuận trước khi có thông báo này.

Nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là cấp khoản trả cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ bị ngưng, quý vị sẽ không nhận được thêm bất kỳ một cấp khoản nào nữa, kể cả khi quý vị vẫn tham dự vào sinh hoạt của quý vị.

Nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị, các dịch vụ đó sẽ chỉ được trả với số tiền và theo cách chúng tôi đã báo cho quý vị biết trong thông báo này.

- Để nhận các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải dự vào sinh hoạt mà Ty Xã Hội đã chỉ định cho quý vị tham gia.
- Nếu số tiền về các dịch vụ hỗ trợ do Ty Xã Hội trả trong khi quý vị chờ có quyết định của buổi thu lý không đủ để cho quý vị tham dự, quý vị có thể ngưng tham dự vào sinh hoạt đó.

Cal-Learn (Chương trình học văn hóa của California dành cho những người cha/mẹ là thanh thiếu niên dưới 19 tuổi hiện có hướng trợ cấp):

- Quý vị không thể tham dự vào chương trình Cal-Learn nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là chúng tôi không thể phục vụ cho quý vị được.
- Chúng tôi sẽ chỉ trả tiền các dịch vụ hỗ trợ thuộc chương trình Cal-Learn đối với một sinh hoạt đã được chấp thuận.

NHỮNG DỮ KIÊN KHÁC

Về chương trình Medi-Cal Managed Care Plan (chương trình điều hành sự săn sóc y tế dành cho những người thụ hưởng trợ cấp Medi-Cal): Biện pháp áp dụng trong thông báo này có thể làm ngưng không cho quý vị nhận các dịch vụ thuộc chương trình điều hành sự săn sóc y tế của quý vị. Quý vị có thể cần phải liên lạc với ban phục vụ các thành viên của chương trình này nếu quý vị có điều gì thắc mắc.

Về việc cấp dưỡng cho con và/hoặc cấp dưỡng về y tế: Cơ quan địa phương phụ trách vấn đề cấp dưỡng cho con sẽ giúp miễn phí việc thu tiền cấp dưỡng cho con cho dù quý vị hiện không có hướng trợ cấp tiền mặt. Nếu họ hiện đang thu tiền cấp dưỡng cho con hộ cho quý vị, họ sẽ tiếp tục thu ngoại trừ khi quý vị yêu cầu họ ngưng thu bằng văn bản. Họ sẽ gửi trả quý vị bất cứ khoản nào thu được về tiền cấp dưỡng cho con thuộc kỳ hiện tại nhưng họ sẽ giữ lại các khoản tiền nào thu được về nợ cấp dưỡng đã qua hiện còn thiếu lại Ty Xã Hội.

Về vấn đề kế hoạch hóa gia đình: Ty Xã Hội sẽ cung cấp cho quý vị các dữ kiện khi quý vị yêu cầu.

Về hồ sơ của buổi thu lý: Nếu quý vị xin một buổi thu lý, Sở Điều Hành Việc Thu Lý của Tiểu Bang sẽ thiết lập một hồ sơ. Quý vị có quyền tham khảo hồ sơ này trước khi có buổi thu lý của quý vị. Chính quyền tiểu bang có thể chuyển hồ sơ thu lý của quý vị cho Ty Xã Hội Hạt, Bộ Y Tế và Nhân Sự Vụ Hoa Kỳ và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (chiếu theo Điều 10850 và 10950 W&I Code, [Bộ Luật về Phúc Lợi An Sinh và về Các Tổ Chức, Cơ Quan, Hiệp Hội]].

ĐẾ XIN MỘT BUỔI THU LÝ:

- Xin điền vào trang này.
- Làm phóng ảnh mặt trước và mặt sau của trang này để cất giữ trong hồ sơ của riêng quý vị.
- Mang gửi hoặc đem đến nộp cho:

HOẶC

- Gọi số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc người bị yếu kém thính giác và dùng điện thoại TDD, xin gọi số 1-800-952-8349.

Để xin được sự giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về các quyền của quý vị đối với buổi thu lý hoặc xin giới thiệu về cơ sở trợ giúp pháp lý qua số điện thoại miễn phí của tiểu bang liệt kê bên trên. Quý vị có thể xin sự trợ giúp về pháp lý miễn phí tại cơ sở trợ giúp pháp lý (legal aid office) hay ban bảo vệ quyền của người nhận trợ cấp (welfare rights office) ở địa phương.

Nếu quý vị không muốn đến dự buổi thu lý một mình, quý vị có thể đi cùng với một người bạn hay một người nào đó đến dự buổi thu lý.

ĐƠN XIN BUỔI THU LÝ

Tôi muốn xin một buổi thu lý bởi vì một biện pháp áp dụng của Ty Xã Hội Hạt _____ liên quan đến trợ cấp sau đây của tôi:

- Tiền mặt Phiếu thực phẩm Trợ cấp y tế Medi-Cal
 Điều khác (ghi rõ) _____

Sau đây là lý do: _____

Nếu cần thêm chỗ, xin đánh dấu vào ô này và viết thêm ra một tờ giấy rời.

Tôi muốn chính quyền cung cấp cho tôi một thông dịch viên miễn phí. (Thân nhân hay người bạn không thể thông dịch cho quý vị tại buổi thu lý.)

Ngôn ngữ hoặc thổ ngữ của tôi là tiếng: _____

TÊN HỌ CỦA NGƯỜI MA TRỢ CẤP BỊ BẮC, BỊ THAY ĐỔI HOẶC BỊ NGUNG

NGÀY SINH	SỐ ĐIỆN THOẠI
-----------	---------------

SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN
-----------	-----------	---------------------

CHÚ KÝ

TÊN HỌ NGƯỜI ĐIỀN MẪU NÀY

SỐ ĐIỆN THOẠI

Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại buổi thu lý. Tôi cho phép người này được xem các giấy tờ hồ sơ của tôi hoặc đến dự buổi thu lý thay cho tôi. (Người này có thể là một người bạn hay thân nhân nhưng không thể thông dịch cho quý vị.)

TÊN HỌ	SỐ ĐIỆN THOẠI
--------	---------------

SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN
-----------	-----------	---------------------